

## Determinação Médica para Uso de Respirador

O funcionário deve usar este formulário para mostrar ao médico que o examina as informações sobre o tipo de respirador a ser usado e a natureza dos riscos respiratórios. O médico fornecerá sua opinião neste formulário a respeito da capacidade do funcionário de realizar uma tarefa enquanto usa a proteção respiratória. O empregado deve arquivar este formulário preenchido.

### Dados do funcionário

Nome do funcionário		Telefone comercial	
Cargo	Nome do supervisor		
Endereço comercial	Cidade	Estado ou província	CEP

### Uso prévio do respirador

Você já usou um respirador?  Sim  Não

Se já usou, descreva o tipo de respirador, sua condição e quaisquer dificuldades que teve para usá-lo.

### Informações sobre o respirador

Tipo de respirador <input type="checkbox"/> Gás ou vapor <input type="checkbox"/> Máscara p/ poeira ou névoa <input type="checkbox"/> Cartucho filtrante <input type="checkbox"/> Com suprimento de ar <input type="checkbox"/> Dispositivo autônomo para respiração <input type="checkbox"/> Outro		Peso do respirador
Frequência de uso do respirador <input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> Apenas ocasiões especiais <input type="checkbox"/> Ocasionalmente	Duração do uso	Nível do trabalho usando o respirador <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Pesado
Liste os potenciais riscos de segurança		

Roupas e equipamento de proteção adicionais a serem usados

Possíveis extremos de temperatura e umidade

### Assinatura do funcionário

Assinatura	Data
------------	------

### Resultados do exame médicos (apenas para uso do médico)

Aprovação para uso do respirador

Sim  Não

Comentários

### Assinatura do médico

Assinatura	Data
------------	------